

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 18 Novembre 1909, à 1 heure

PAR

Raymond TORNÉ

Ancien externe des hôpitaux de Paris et de la Maternité de l'Hôpital St-Louis

ESSAI DE DIAGNOSTIC CLINIQUE

ET

TRAITEMENT DES AVORTEMENTS CRIMINELS

Président : M. BAR, professeur
Juges : } MM. POZZI, professeur
 } THOINOT, professeur
 } GOUGET, agrégé

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE, Éditeur

15, rue Racine, 15

—
1909

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN		M. LANDOUZY
PROFESSEURS.		MM.
Anatomie.		NICOLAS
Physiologie.		CH. RICHET
Physique médicale.		GARIEL
Chimie organique et Chimie générale.		GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.		BOUCHARD
Pathologie médicale.	}	BRISSAUD
Pathologie chirurgicale.		DEJERINE
Anatomie pathologique.		LANNELONGUE
Histologie.		PIERRE MARIE
Opérations et appareils.		PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.		HARTMANN
Thérapeutique.		POUCHET
Hygiène.		GILBERT
Médecine légale.		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.		CHAUFFARD
		ROGER
		HAYEM
Clinique médicale.	}	DIEULAFOY
		DEBOVE
		LANDOUZY
		HUTINEL
Maladies des enfants.		GILBERT BALLET
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.		GAUCHER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux.		DELBET
Clinique chirurgicale.	}	QUENU
		RECLUS
		SEGOND
		DE LAPERSONNE
Clinique ophtalmologique.		ALBARRAN
Clinique des maladies des voies urinaires.		PINARD
Clinique d'accouchements.	}	BAR
		RIBEMONT-DESSAIGNES
		POZZI
Clinique gynécologique.		KIRMISSON
Clinique chirurgicale infantile.		ALBERT ROBIN
Clinique thérapeutique.		

Agrévés en exercice

MM.			
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGREY	POTOCKI
BEZANÇON (F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELMÉ	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (M.)	MULON	
COUVEAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que ses opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR LE NOIR

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

MONSIEUR LE DOCTEUR LAUNAY

Chirurgien de l'Hôpital Dubois (Maison Municipale de Santé)

MONSIEUR LE DOCTEUR ALEX. RENAULT

Médecin de l'Hôpital Cochin-Annexe

MONSIEUR LE DOCTEUR NETTER

Membre de l'Académie de Médecine

Médecin de l'Hôpital Trousseau

MONSIEUR LE DOCTEUR AVIRAGNET

Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades

MONSIEUR LE DOCTEUR BOISSARD

Médecin accoucheur de l'Hôpital Saint-Louis

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAR

Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté
de Médecine de Paris

Médecin accoucheur de la Clinique Tarnier

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'honneur



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153702_0014

ESSAI DE

DIAGNOSTIC CLINIQUE

ET

Traitement des avortements criminels

INTRODUCTION

Durant notre année d'externat à la maternité de l'hôpital Saint-Louis, frappé par le nombre considérable d'avortements, nous avons essayé d'en rechercher la cause.

Nous dirons, d'ailleurs, que si parfois nos recherches nous ont permis de retrouver dans les antécédents ou dans l'examen de la femme, l'étiologie de ces avortements, il est des cas, trop nombreux hélas ! où nous n'avons trouvé que l'invariable et classique « chute dans l'escalier » suivie parfois d'aveux plus précis.

C'est sur l'observation de ces cas que, sur les conseils de notre maître le D^r Boissard, nous avons

essayé de dégager un ensemble de signes, une sorte de symptomatologie clinique nous permettant de démasquer et par suite de traiter un avortement criminel.

Avant d'aborder le sujet de notre étude, nous tenons à exprimer à nos maîtres nos sentiments de respectueuse reconnaissance pour la bienveillance qu'ils nous ont toujours témoignée.

Nous remercions particulièrement le Docteur Boisard, médecin accoucheur de l'hôpital Saint-Louis, pour ses conseils éclairés et pour la part d'initiative qu'il a bien voulu nous laisser prendre dans la pratique des accouchements.

Nos remerciements iront ensuite au Docteur Le Noir, qui a guidé nos premières études et dont nous n'oublierons jamais le dévouement et la bonté ;

Au Docteur Launay à qui nous devons nos connaissances de pratique chirurgicale ;

Au Docteur Netter, dont la modestie n'a d'égale que la bonté et qui pendant un an nous a fait profiter de ses savants conseils dans l'étude délicate de la médecine infantile ;

Au Docteur Aviragnet, ce maître bienveillant et aimable pour qui chaque élève devient un ami.

Nous remercions enfin M. le professeur Bar de l'honneur qu'il nous fait en voulant bien accepter la présidence de notre thèse.

Fréquence des avortements criminels Leur mode de production

Il suffit de comparer les différentes statistiques relatives aux avortements pour se rendre compte que leur nombre a pris dans ces dernières années des proportions inquiétantes.

Comme les chiffres suivants viennent le démontrer, cette progression est partout constante et identique.

A St-Antoine	{	1898. 6, 8 o/o
		1904, 18, 6 o/o

A Boucicaut	{	1898, 7, 8 o/o
		1904, 17, 7 o/o

A Tenon	{	1898, 5, o/o
		1905, 15, o/o

Si parfois l'étiologie de ces avortements nous est fournie par l'examen de la femme, dans un grand nombre de cas elle échappe à nos investigations.

Sur 100 cas d'avortements rapportés par le D^r Blondel, 8 étaient dus manifestement à la syphilis, dans 5

cas elle était encore probable, 1 fois l'avortement était dû à un traumatisme, 1 fois au paludisme, 1 fois à la tuberculose, 52 fois il y avait des manœuvres criminelles avouées, 20 fois celles-ci étaient niées bien que fortement suspectes, 11 fois la cause était inconnue.

Dans une statistique du professeur Pinard portant sur 530 cas, on pouvait incriminer :

L'insertion vicieuse du placenta	64 fois
La syphilis.....	52 »
L'albuminurie	27 »
L'hydramnios.....	13 »
Des malformations utérines.....	7 »

Dans une statistique du Dr Maygrier portant sur 745 cas d'avortements observés, 698 de ces avortements étaient spontanés, 44 étaient dus à des manœuvres criminelles avouées.

Ces chiffres sont certainement au-dessous de la réalité si l'on tient compte des avortements criminels qui évoluent bien et, par ce fait, demeurent ignorés. Nous ne voyons, en effet, dans les maternités que des femmes qui après avoir tenté des manœuvres abortives se décident à venir consulter dans la crainte d'accidents déjà imminents.

C'est généralement du deuxième au cinquième mois de sa grossesse que la femme provoque l'expulsion du produit de conception avant sa viabilité dans le but de le détruire et de le faire disparaître.

Jusqu'à deux mois, en effet, elle n'a éprouvé que quelques troubles légers et a pu croire à un simple retard de règles.

Après le quatrième mois, au contraire, la femme a la certitude de sa grossesse, elle craint de ne pouvoir dissimuler plus longtemps son état à son entourage et sera par suite d'autant plus décidée à intervenir qu'elle n'ignore pas que les dangers qui la menacent grandissent avec le développement de sa grossesse.

Alors interviennent les substances emménagogues ou abortives et ce n'est souvent qu'en présence de leur inefficacité que la femme aura recours à des manœuvres mécaniques plus efficaces, mais exigeant plus d'habileté et par conséquent d'autant plus dangereuses qu'elles sont généralement tentées par la femme elle-même, ou à son défaut par un opérateur souvent inexpérimenté.

Les procédés employés pour provoquer l'avortement criminel sont nombreux et variés. Ce sont d'abord de petits moyens, saignées, bains, massages, compressions abdominales, moyens prémonitoires, atteignant rarement leur but mais souvent suivis de l'emploi de substances médicamenteuses abortives.

Les unes, comme l'if, l'apiol, la rue, la sabine, le salicylate de soude, agissant comme produits toxiques à la fois sur la mère et sur le produit de conception, les autres, comme la quinine et le seigle ergoté, sur les fibres utérines provoquant leur con-

traction, mais s'accompagnant également de phénomènes toxiques plus ou moins marqués.

Il est enfin toute une série de plantes ou d'extraits aromatiques (absinthe, camomille, armoise, safran, cannelle, café) qui jouissent dans le peuple d'une réputation usurpée et incapables à eux seuls de produire l'avortement.

L'absorption de ces diverses substances toxiques n'a souvent d'intérêt que pour le médecin légiste parce que, associée à d'autres manœuvres, elle fournit souvent un faisceau de preuves susceptible d'éclairer son jugement.

Plus importantes nous paraissent les manœuvres mécaniques ; ce sont les plus fréquentes, grâce à leur efficacité et grâce aussi à la facilité avec laquelle des mains habiles et criminelles peuvent les exercer, sans laisser de traces révélatrices ; mais ce sont souvent les plus dangereuses et celles qu'au point de vue clinique nous sommes appelés à traiter, soit pour des accidents immédiats et sérieux pouvant amener la mort de la femme, soit pour des désordres moins graves mais dont la connaissance ne doit pas échapper au médecin, dont le rôle est de guérir.

Or, parmi ces manœuvres criminelles les unes agissent directement sur le vagin ou sur le col, les autres, d'une efficacité bien plus certaine et par ce seul fait plus employées, exercent leur action sur l'œuf lui-même.

La ponction des membranes à l'aide du doigt ou

d'instruments les plus divers et le décollement de ces membranes par l'injection de liquides parfois irritants ou caustiques constituent des manœuvres d'une exécution relativement facile, nécessitant une instrumentation simple et peu compromettante. C'est pourquoi elles sont généralement employées par ceux qui veulent se procurer le bénéfice de l'avortement. L'inefficacité des substances abortives ou réputées telles a rendu leur emploi moins fréquent. Nous regrettons par suite de ne pouvoir apporter notre part de personnalité dans l'étude de symptômes d'intoxication que nous n'avons pu nous-même observer et que nous empruntons à la littérature médico-légale.

Mais avant de tracer la symptomatologie clinique des avortements criminels nous tenons à rapporter les quelques observations qui nous ont servi à établir notre diagnostic et bien que le terme de forme clinique puisse paraître sinon étrange du moins artificiel lorsqu'il s'agit d'avortement criminel, il se trouve certainement justifié, dans une certaine mesure par l'allure spéciale que présente cette variété d'avortement.

OBSERVATION I

(Tardieu, d'après Hélié. — *Annales d'hygiène publique et de médecine légale.*)

Avortement provoqué à cinq mois par l'usage de la rue.

Une jeune fille, enceinte de quatre à cinq mois, prend pendant plusieurs jours une forte dose de suc exprimé de feuilles de rue fraîche. Des accidents très graves surviennent. Somnolence, prostration, faiblesse générale, lipothymie, petitesse extrême et lenteur du pouls, refroidissement de la peau, mouvements continuels des bras, tuméfaction énorme de la langue, salivation abondante. Le fœtus est expulsé le sixième jour.

Guérison.

Dans un autre cas du même auteur, après absorption de trois tasses de décoction forte de racines fraîches de rue, chez une jeune fille enceinte de quatre mois environ on note des douleurs horribles à l'estomac, des vertiges, des étourdissements, des efforts continuels de vomissement. L'avortement se fait dans les quarante-huit heures.

OBSERVATION II

(Dr Letheby. — *The Lancet*, 1845.)

Avortement par la sabine.

Une femme de vingt et un ans, parvenue à un état de grossesse assez avancé, après avoir soupé avec son amant,

est réveillée au bout de quatre à cinq heures par de violentes douleurs d'estomac et des nausées et tombe dans un état d'insensibilité complète. Respiration stertoreuse, écume à la bouche, gonflement de la face, paupières abaissées, traits fortement contractés, convulsions des membres.

La femme succomba douze heures après l'absorption de la substance. L'accouchement amena un enfant mort.

OBSERVATION III

(Martin Saint-Ange. — *Iconographie pathologique de l'œuf humain fécondé en rapport avec l'étiologie de l'avortement.*)

Une femme de quarante ans a un retard dans ses règles. Comme diverses circonstances semblaient exclure la possibilité d'une grossesse on lui donna d'abord pendant cinq jours une potion composée de :

Eau de sabine.....	100 gr.
Eau de rue.....	50 gr.
Sirop de cannelle.....	49 gr.

A prendre une cuillerée à bouche toutes les quatre heures. Puis pendant dix jours, deux capsules d'apiol de 10 centigrammes chacune.

Le traitement avait été institué au commencement d'octobre. Le 6 décembre apparaissent des douleurs utérines et on diagnostique la grossesse ; le liquide amniotique s'écoule, mais l'avortement n'a lieu que le 29 décembre, quatre mois et demi après la conception. Le fœtus, le placenta et la caduque tenaient ensemble, mais les membranes étaient rompues.

Toute la caduque était criblée de petits foyers hémorragiques dont la production avait entraîné la mort du fœtus et par suite l'avortement sans que l'action des substances abortives ait eu un retentissement bien sensible sur la santé de la mère.

Un certain nombre d'autres substances ont pu dans plusieurs cas déterminer l'avortement.

Il en est une, en particulier, l'ergot de seigle, dont l'action, indiscutable sur la contraction de la fibre utérine, a pu suivant certains auteurs produire l'avortement.

Les résultats sont d'ailleurs assez contradictoires et Tardieu pense que dans l'immense majorité des cas, même à très haute dose, ce dernier n'a aucune action si le travail n'est pas commencé.

La symptomatologie de ce genre d'intoxication n'est d'ailleurs pas toujours aisée et dans l'ensemble des observations publiées nous pouvons à peine noter des épistaxis, du délire, de la stupeur, du ralentissement du pouls, des douleurs abdominales et des vomissements.

OBSERVATION IV

Manœuvres directes

(M. Coudert. — Société d'Obstétrique de Paris, 1900.)

Epingle à cheveux introduite dans l'utérus dans un but abortif. (Cas observé dans le service du Dr Boissard.)

Une jeune femme, ayant eu un retard de huit jours et se croyant enceinte, s'introduit ou se fait introduire, le 28 jan-

vier 1900, dans l'utérus une épingle à cheveux dans le but de provoquer l'avortement. Le corps étranger introduit ne peut plus être retiré, aussi la malade, qui a eu dans la nuit une hémorragie assez abondante, va-t-elle consulter son médecin qui, n'ayant pu extraire l'épingle, amène sa cliente à l'hôpital Tenon.

Le doigt, introduit dans le vagin, rencontre près de la vulve l'épingle à cheveux recourbée à angle droit à son extrémité.

L'orifice externe du col non ramolli est entr'ouvert. Le col est saisi avec deux pinces à griffes et l'utérus abaissé. Des tractions légères sur le corps étranger sont alors faites, mais sans résultat. A ce moment, la malade avoue que l'autre extrémité de l'épingle est également recourbée en crochet.

Une pince à pansement est introduite facilement dans le col, le long de l'épingle qu'elle suit jusqu'au fond de l'utérus. On reconnaît alors, des mouvements de rotation sur elle-même étant imprimés à l'épingle, que celle-ci a pénétré dans la paroi utérine. La pince étant ouverte dans l'utérus, le corps étranger est saisi entre les mors, et par un léger mouvement de rotation de la pince, on arrive à détacher l'épingle de la paroi utérine et à l'amener au dehors.

L'épingle à cheveux a une longueur de 14 centimètres, elle est recourbée à ses deux extrémités, à angle droit à l'extrémité qui était dans le vagin, à angle aigu à l'extrémité qui était dans l'utérus. La portion courbée inférieure a 1 cm. 7, la portion courbée supérieure 2 centimètres.

La longueur de l'épingle est de 10 centimètres. Légère hé-

morragie au cours de l'intervention. Injection intra-utérine et tamponnement vaginal à la gaze iodoformée.

La malade refuse de rester à l'hôpital et part aussitôt après l'extraction du corps étranger.

Il n'y avait pas de grossesse.

OBSERVATION V

(M. Brindeau. — Société d'Obstétrique de Paris, 1899.)

Cas curieux d'avortement criminel

Il s'agit d'une femme qui s'est présentée à la Charité, dans un état très grave, après avoir une hémorragie très abondante.

A l'entrée la température était de 38° 5.

Au toucher, on trouva au fond du vagin une ouverture irrégulière qui traversait la face postérieure du col et conduisait dans la cavité du corps de l'utérus sur un œuf de deux mois complètement décollé en voie de putréfaction.

En examinant le museau de tanche, à l'aide d'une valve de Sims, M. Brindeau put se rendre compte que le vagin avait été désinséré sur une largeur de 5 centimètres, puis que l'instrument avait pénétré dans la cavité utérine après avoir déchiré la face postérieure du col.

L'orifice externe du col était normal, sans trace d'aucun traumatisme.

M. Brindeau put ainsi introduire trois doigts à travers la brèche ainsi faite, ce qui lui permit de faire le curage digital puis un écouvillonnage.

La malade prétendit s'être fait avorter elle-même avec une

aiguille à tricoter, mais il semble impossible qu'elle n'ait eu recours à une main étrangère qui paraît avoir opéré avec des ciseaux plutôt qu'avec une aiguille. Un heureux hasard avait dirigé l'instrument en avant et empêché ainsi qu'il y eût pénétration dans le péritoine.

Tarnier a montré que les perforations de ce genre étaient fréquentes dans l'avortement criminel, surtout chez les femmes qui essayaient de se faire avorter elles-mêmes. En Amérique, en 1875 une observation a été publiée, dans laquelle la femme s'était servie d'une baleine de parapluie qui disparut dans la cavité abdominale.

OBSERVATION VI (Personnelle)

Marthe L..., trente-deux ans, caissière, entre à la Maternité de l'hôpital Saint-Louis le 6 juillet à 10 heures du soir. Prise dans l'après-midi d'une brusque hémorragie, elle fait appeler son médecin qui en présence de la gravité et de la rapidité des accidents la fait transporter à l'hôpital.

Lorsque nous examinons la malade à son entrée elle perd du sang en assez grande abondance et présente le facies des grandes hémorragies.

Le visage est pâle, les narines pincées, les yeux cernés, les lèvres décolorées. Dans l'espace d'une demi-heure elle est prise sous nos yeux de deux syncopes. On pratique une injection de caféine et 500 grammes de sérum. L'hémorragie persiste assez abondante, de gros caillots apparaissent

à la vulve. La température à l'entrée est de 37° 6. Le lendemain elle a atteint 40 degrés.

Par le toucher on arrive sur un col entr'ouvert et ramolli, L'orifice d'entrée permet l'introduction de l'index qui ramène quelques débris placentaires à odeur fétide.

On ne peut noter rien de saillant soit dans les antécédents héréditaires soit dans les antécédents personnels de la malade.

Elle a eu trois grossesses antérieures, à terme et d'enfants vivants.

Ses dernières règles sont du 11 mai, la grossesse actuelle remonte donc à environ deux mois.

Une hémorragie aussi abondante à une époque aussi peu avancée de la grossesse nous paraissant suspecte, nous questionnons la femme.

Or voici ce que nous apprenons :

Le 15 juin, n'ayant pas eu ses règles, à l'aide d'une canule en os à extrémité effilée elle pratique une injection intra-utérine d'un demi-litre d'eau additionnée de vinaigre. La canule a été au préalable bouillie. Quelques gouttes de liquide parviennent difficilement dans la cavité utérine. La malade dit n'avoir ressenti qu'une très légère douleur au moment de l'injection et avoir perdu à ce moment quelques filets de sang.

Le 5 juillet apparaissent des douleurs, qui dans la matinée du 6, deviennent intolérables. A midi, après avoir expulsé quelques débris ovulaires, elle est prise d'une hémorragie, brusque, abondante et profuse. Le placenta est resté dans la cavité utérine. Un médecin appelé, cherche à l'extraire à l'aide du doigt, mais après un essai infructueux et devant un état syncopal très accentué, se décide à envoyer la malade à l'hôpital.

Le curettage pratiqué ramène des débris placentaires à odeur fétide.

On pratique un lavage utérin à l'eau oxygénée. La température qui était à 40 degrés avant l'intervention, tombe à 37°2. La malade sort guérie le sixième jour.

OBSERVATION VII (Personnelle)

M... C..., cuisinière, vingt-trois ans, secondipare, entre à l'hôpital Saint-Louis le 15 juillet pour une abondante hémorragie. Elle n'est ni syphilitique, ni albuminurique, et prétend ne jamais avoir été malade. A l'interrogatoire elle répond d'une façon évasive et troublée mais, dans la crainte d'accidents ultérieurs, et en présence des mutilations fœtales trouvées qui ne laissent aucun doute sur l'intention criminelle, elle consent à faire des aveux. Au début du mois de mai elle tente des manœuvres abortives.

A l'aide d'une sonde en os, elle essaie de pénétrer dans le col de l'utérus dont elle parvient, dit-elle, à trouver l'orifice avec assez de facilité. A genoux, les cuisses légèrement écartées, elle introduit la sonde avec assez de brusquerie, la fait pénétrer plusieurs fois, terminant par une injection vaginale très chaude.

Le lendemain matin, elle est prise de vomissements et de violentes douleurs dans la fosse iliaque gauche. Pas d'hémorragies. Les règles étant réapparues fin juin, elle conçoit des doutes sur sa grossesse. Ce n'est qu'en juillet que percevant, dit-elle, des mouvements actifs, elle renouvelle les mêmes manœuvres abortives.

15 juillet. — Hémorragie brusque abondante. Tempéra-

ture 38°4. Transportée au service de l'isolement elle expulse le lendemain, un fœtus non macéré de 375 grammes. Au niveau de l'épaule droite qui se présente au moment de l'expulsion on note une bosse séro-sanguine. Sur la ligne axillaire du même côté et se prolongeant vers l'hypocondre on remarque une plaie béante de 3 à 4 centimètres à travers laquelle on aperçoit le foie dilaté et des anses grêles. L'hémorragie ne cesse qu'après l'expulsion fœtale.

OBSERVATION VIII (Personnelle)

Agnès G..., vingt-trois ans, blanchisseuse, est amenée d'urgence à l'hôpital Saint-Louis, le 12 août à huit heures du soir dans un état inquiétant. Le visage est pâle, les lèvres décolorées, un abondant écoulement sanguin apparaît à la vulve et persiste depuis environ une heure. Deux heures après son entrée la femme expulse un embryon de 220 grammes non macéré. L'hémorragie cesse mais on note de la rétention placentaire.

La température atteint 38°2. L'anémie et la pâleur sont intenses. On injecte 500 grammes de sérum le matin et une égale quantité dans l'après-midi.

La malade, primipare, est généralement bien portante. La grossesse actuelle remonte à quatre mois.

Nous n'avons pas de peine à obtenir l'aveu des manœuvres abortives. Le matin même de son entrée à l'hôpital, elle pratique une injection intra-utérine d'infusion chaude de fleur de mauve. L'injection est faite dans la position assise, les jambes légèrement écartées, assez facilement si l'on en croit

les dires de la malade. Ce qui paraît d'ailleurs assez invraisemblable.

Ces manœuvres ne sont suivies d'aucun accident immédiat.

Ce n'est qu'à sept heures du soir, quatre heures après les tentatives d'avortement que se déclare un léger écoulement sanguin qui décide la malade à entrer à l'hôpital. Elle vient à pied. En cours de route elle est prise d'une hémorragie abondante et brusque et c'est dans cet état que nous la trouvons à son entrée. Le lendemain la température a atteint 39°4. La malade éprouve quelques frissons.

Le curettage suivi d'écouvillonnage ramène des débris placentaires à odeur fétide. La pâleur du visage et la faiblesse persistent pendant cinq à six jours. Sortie le huitième jour.

OBSERVATION IX (Personnelle)

Clara M..., trente et un ans, entre à l'hôpital Saint-Louis dans le service du D^r Boissard pour une abondante hémorragie, après avoir expulsé de gros caillots. Dans ses antécédents obstétricaux nous notons cinq grossesses à terme d'enfants vivants. A son entrée, le visage est pâle, la peau refroidie, l'état syncopal assez prononcé, l'hémorragie persistante. On pratique une injection de caféine et 200 grammes de sérum.

A l'examen, le ventre est douloureux à la palpation, l'utérus augmenté de volume est mou, le col perméable, facilite l'introduction du doigt qui ramène des débris ovulaires à odeur fétide.

En interrogeant la malade nous recueillons les confidences

suivantes : En présence d'un retard de règles et dans le but d'interrompre le cours d'une grossesse probable, elle pratique le 24 juillet une injection intra-utérine d'eau et de savon noir, elle se sert dans cette intention d'une longue canule à injection en os qu'elle introduit elle-même à travers l'orifice du col, après s'être fortement « accroupie comme pour uriner ». Elle prétend ne pas s'être servie du doigt comme conducteur mais avoir tâtonné avant de traverser l'orifice.

Le lendemain la malade ressent quelques douleurs sourdes en même temps qu'apparaissent à la vulve quelques filets de sang. L'hémorragie légère mais persistante est plus abondante au réveil. Le 18 septembre, sans avoir tenté de nouvelles manœuvres abortives, elle est prise d'une hémorragie abondante avec expulsion de gros caillots. Le lendemain, état général mauvais, fièvre, 39°5, frissons.

Le curage digital combiné au curettage ramène des débris fœtaux et placentaires. Ecouvillonnage.

Lavage intra-utérin à l'eau oxygénée.

Anémie intensè, état syncopal très prononcé.

On pratique une injection d'huile camphrée et 200 grammes de sérum. Guérison complète le sixième jour.

OBSERVATION X (Personnelle)

M... C..., corsetière, vingt-trois ans, entre à la maternité de Saint-Louis perdant du sang et des caillots par la vulve. Cette jeune femme est venue quelques jours auparavant consulter pour savoir si elle était enceinte. Les dernières règles remontent à un mois et demi environ.

On pense à une grossesse probable mais non certaine.

Huit jours après la malade éprouve quelques nausées et devant la possibilité d'une grossesse qu'elle redoute, se décide à intervenir. A l'aide d'une canule en caoutchouc durci elle essaye vainement de pénétrer dans l'orifice du col. Un premier essai est fait dans la position couchée, il reste infructueux. En se plaçant fortement accroupie comme si elle eut voulu uriner, elle essaie à l'aide du médius de la main gauche de repérer l'orifice du col mais sans succès. Ce n'est qu'à la sixième tentative qu'elle aperçoit quelques filets de sang après avoir ressenti une vive douleur. Le résultat se faisant attendre elle a recours aux bons offices d'un herboriste qui lui prépare une infusion très amère contenant de l'armoise qu'elle rend aussitôt après avoir avalé la première gorgée. Nouvelle tentative suivie d'injection de quelques centimètres cubes d'eau bouillie dans la cavité cervicale. Cinq à six heures après la femme perd du sang et des caillots. La température qui à l'entrée était de 37°5 s'élève le lendemain à 38°4. Après dilatation à l'aide d'une tige de laminaire, on pratique le curettage qui ramène quelques débris ovulaires.

OBSERVATION XI

(In thèse Lucas, 1895-1896.)

L'avortement est certainement dû à des manœuvres abortives bien que l'observation ne donne aucun renseignement à ce sujet.

D... Zulma, vingt-six ans, domestique, entre à la maternité de Lariboisière le 11 juin 1895 pour une fausse couche.

C'est une femme habituellement bien portante qui a déjà

eu deux enfants vivants et venus à terme. Elle a fait en outre un avortement de deux mois et demi il y a quatre ans, sans cause connue.

Elle n'est ni syphilitique ni tuberculeuse.

Elle est devenue enceinte pour la troisième fois en mars dernier.

22 mai. — Elle a commencé à perdre un peu de sang chaque jour, jusqu'au 5 juin, mais elle continuait néanmoins son travail.

5 juin. — Brusquement, elle eut une forte hémorragie, avec caillots, qui cessa à peu près complètement les jours suivants pour revenir avec autant d'abondance le 10 juin. La perte continua toute la journée et la nuit ; elle perdit beaucoup de sang liquide et de caillots. Elle se couche et appelle un médecin qui l'envoie à l'hôpital. A son entrée, elle est extrêmement pâle, presque exsangue, très abattue, la peau froide. Elle perd beaucoup, le linge est taché de sang. Le col est largement ouvert jusqu'à l'orifice interne où on sent un placenta en partie décollé. On donne une injection intra-utérine chaude qui diminue l'hémorragie.

Une demi heure après, la femme reperd : on pratique alors la délivrance artificielle digitale.

Le placenta adhérait assez fortement au fond de l'utérus ; on retire des débris de caduque épaissie.

Le placenta pèse 50 grammes, il n'est pas putréfié.

L'insertion du cordon est nettement visible au centre.

Injection intra-utérine. Tampon vaginal à la gaze iodoformée.

La température est normale.

La malade sort le 19 sur sa demande.

Elle est encore très pâle.

OBSERVATION XII

(Brindeau. *Obstétrique*, 1901).

Abcès de l'utérus consécutif à des manœuvres abortives.

La malade entre à l'hôpital Saint-Louis dans la soirée du 31 janvier ayant expulsé à 2 heures de l'après-midi un embryon de 2 mois 1/2. Cet avortement serait, d'après les dires de la malade, dû à une chute.

A son entrée on notait une grande prostration, avec langue sèche, pouls petit, 38 de température et abdomen douloureux mais non ballonné.

Le lendemain le ventre étant toujours douloureux et l'écoulement fétide, on fait un curetage qui ne ramène que peu de débris. Aucune amélioration dans l'état général. La femme meurt le 4 février.

Autopsie. — A l'examen après ouverture de l'abdomen il s'échappe une grande quantité de pus. Le péritoine et la plèvre sont tapissés de fausses membranes. Le petit bassin est rempli de pus dont l'examen montre l'existence de streptocoques et de coli-bacille. Sur la face antérieure de l'utérus, gros comme un utérus gravide de deux mois, existe une tumeur du volume d'un œuf de poule qui laisse échapper du pus noirâtre par un léger pertuis. L'abcès est formé au milieu de la paroi utérine et un petit trajet aboutissant à la tumeur, indique que la paroi a été perforée pendant des manœuvres abortives.

OBSERVATION XIII

(D^r Henri Cheron, Paris. *Obstétrique*, 1902).

La femme qui fait le sujet de cette observation est une multipare entrée le 28 mars à la clinique Tarnier. Les dernières règles ont lieu du 14 au 17 janvier. La grossesse évolue normalement jusqu'au 5 mars, époque à laquelle elle perd quelques caillots par la vulve. Le surlendemain, c'est-à-dire le 7 mars, elle eut quelques frissons accompagnés de fièvre. La température prise le matin était de 39 degrés. Le soir 39°5.

Un médecin appelé conseille à la malade de se faire transporter à l'hôpital. Le lendemain 8 mars, le malaise général continue, la température est de 40 degrés, on la transporte à la clinique dans l'après-midi.

A l'examen on constate que la température s'élève à 40, les pulsations sont au nombre de 120. La langue est sèche, rouge dans toute son étendue, l'abdomen est nettement ballonné, mais il est douloureux à la palpation au niveau des fosses iliaques et de la région sus-pubienne. La palpation de la région sous-ombilicale réveille également une légère douleur. Les lochies sont légèrement fétides et le toucher fait constater un utérus très légèrement augmenté de volume, dont le fond remonte à deux travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne.

Le col est perméable dans toute l'étendue du canal. L'orifice interne est absolument fermé et empêche toute exploration corporelle.

La malade après des interrogatoires répétés nous fait les confidences suivantes : désireuse d'arrêter l'évolution de sa grossesse, elle commence par prendre à des reprises différentes de l'eau-de-vie allemande, du safran, de l'armoise, de l'absinthe bouillie dans du vin blanc. Les doses ne sont pas connues ni déterminées, excepté pour l'eau-de-vie allemande qui était de 50 grammes par prise. Il ne s'ensuivit aucun résultat, aucune contraction utérine.

Quelques jours après, sur les conseils d'une voisine, elle se décide à faire une injection dans l'utérus. Une première tentative est faite le 3 mars dans l'après-midi pour profiter de l'absence de son mari. La sonde en gomme (sonde à lavement ordinaire) préalablement bouillie est introduite dans le vagin ; le doigt essaie de guider la sonde pour la faire pénétrer dans le col, ce n'est qu'après une demi heure d'essai qu'elle peut y arriver, une douleur vive l'avertit qu'elle avait réussi : elle fut si aiguë, et la canule avait pénétré si profondément et si brusquement qu'elle crut avoir perforé la matrice. La sonde est laissée en place et elle pratique un lavage d'un demi litre d'eau boriquée préalablement bouillie.

Comme le résultat se faisait attendre, elle recommence le lendemain 4 mars, la même opération.

Deux heures après les douleurs firent leur apparition, et c'est le lendemain dans la nuit, c'est-à-dire dix heures après qu'elle perdit quelques caillots.

L'état général continue à être très grave. La diarrhée blanche par acholie continue une grande partie de la nuit. On observe de l'insomnie absolue, une légère agitation, de la loquacité. L'examen de l'abdomen reste sensiblement le

même, présentant un léger degré de tympanisme et la douleur à la pression est un peu vive.

La langue reste toujours très sèche et vers midi la femme est prise d'accès de suffocation, le pouls devient irrégulier, incomptable, le facies turgescent et quelques taches rouges-bleuâtres apparaissent au niveau des mains et des bras.

Sous l'influence de 500 grammes de sérum, d'injection de caféine, d'éther, d'inhalations d'oxygène la respiration se rétablit. Il s'agit d'un accès de dyspnée toxique, car l'examen thoracique ne révèle rien d'anormal.

Le soir la température est à 38°5, les pulsations à 100, mais la gravité de l'état général s'accroît par les symptômes suivants : exagération de la douleur abdominale, léger ballonnement du ventre, nausées fréquentes, langue sèche, grillée, quarante inspirations à la minute, légères traces d'albumine, diarrhée avec les mêmes caractères des selles.

Le tamponnement est retiré, suivi d'une injection intra-utérine.

La glace sur le ventre continue à être appliquée.

On constate des symptômes d'infection généralisée et de péritonite totale. Le sérum est continué à doses moyennes, la morphine répétée à plusieurs reprises calme imparfaitement les douleurs abdominales croissantes, l'agitation continue, elle devient extrême et nécessite une surveillance de tous les instants.

13 mars. — Température 38°8. Pouls 140.

Cinquante-huit respirations par minute. Ballonnement très marqué, langue sèche, facies grippé, vomissements.

En présence d'un état exceptionnellement grave, on se décide à tenter l'hystérectomie vaginale.

Cette dernière est pratiquée suivant la technique habituelle ; après avoir fait l'incision médiane sur la face antérieure de l'utérus, le fond de l'organe est attiré en avant, à ce moment une assez grande quantité de liquide jaune verdâtre s'écoule. On termine par l'hémostase et le tamponnement. Mais les phénomènes s'aggravent et se terminent par la mort de la femme. »

OBSERVATION XIV

Maygrier. (*Obstétrique*, 1902.)

Tentatives abortives. — Pas de grossesse.

Une femme de vingt ans est amenée d'urgence dans le service d'isolement de la Charité le 4 novembre 1899, à 10 heures du soir, sur le conseil d'un médecin de la ville, dans un état fort grave.

Cette femme ayant eu une suppression de règles de six semaines environ et se croyant enceinte s'était adressée à une voisine qui lui aurait administré une injection intra-utérine avec de l'eau boriquée, dans le but de provoquer l'expulsion de l'œuf. Elle fut prise immédiatement de douleurs très vives dans le bas-ventre accompagnées de la perte d'un peu de sang, de vomissements et de fièvre. Un médecin la soigna chez elle pendant quelques jours et constatant que son état s'aggravait rapidement se décida à me l'adresser.

A l'entrée, le facies est pâle et grippé, les lèvres pincées, les yeux excavés, la langue sèche, le ventre ballonné et douloureux, il y avait une céphalée violente, des nausées conti-

nuelles et une constipation opiniâtre. La température était de 39 degrés. Pas d'augmentation notable du volume de l'utérus. A aucun moment la femme n'avait expulsé de débris ovulaires ni de caillots. Il n'y avait pas de grossesse. Les accidents durèrent jusqu'au 13 novembre. Nouvelle élévation de température et apparition d'une « phlegmatia abba dolens ». La malade quitte l'hôpital le 16 décembre, complètement guérie.

OBSERVATION XV

Maygrier. (*Obstétrique*, janvier 1902.)

Manœuvres abortives. — Pas de grossesse.

Une jeune femme, domestique, n'ayant plus ses règles depuis deux mois, crut à une grossesse. Elle alla trouver une sage-femme qui lui introduisit à plusieurs reprises une sonde rigide dans l'utérus. Rentrée à son domicile elle fut prise d'hémorragies et de vives douleurs abdominales. Un médecin appelé me demanda en consultation et nous reconnûmes l'existence d'une pelvi-péritonite. Mon confrère fit transporter la malade dans une maison de santé, où elle mourut presque aussitôt sans avoir expulsé le moindre produit abortif.

Le médecin de l'état-civil trouvant la mort suspecte refusa le permis d'inhumer et le praticien, très honorable, qui avait donné ses soins à la jeune femme, fut soupçonné d'être l'auteur de la fausse-couche qu'on supposait être la cause du décès. L'autopsie judiciaire fut faite à la Morgue par M. Brouardel. Elle fut négative au point de vue de la grossesse et l'accusation absurde qui avait pesé sur le médecin

traitant tomba d'elle-même. La malheureuse femme avait succombé à une péritonite septique dont le point de départ était l'infection de l'utérus causée par l'introduction d'un instrument malpropre dans sa cavité.

OBSERVATION XVI (Résumée)

Piqué (*Bulletin de la Société de chirurgie*, 1904). Morlet.
(Thèse de Paris 1905)

Le 2 août 1904, après midi, entre à l'hôpital Bichat, R..., vingt-trois ans, pour rétention *post-abortum* datant de huit jours. Le 24 juillet cette femme enceinte de deux mois et demi environ serait tombée sur le côté gauche. Depuis cet accident elle éprouve des douleurs abdominales, perd du sang et expulse le surlendemain un embryon.

Depuis lors les hémorragies se répétant avec abondance elle se décide à venir consulter un médecin qui l'envoie à l'hôpital où elle n'entre que le 2 août. A son arrivée elle est très pâle, son pouls est rapide et très faible. La température est de 38°5. Elle perd du sang et le vagin est encombré de gros caillots.

On pratique des injections d'éther, de caféine et d'huile camphrée. Après anesthésie, l'index introduit dans l'utérus ramène des débris placentaires fétides.

L'index pénétrant dans un orifice vient en contact de la main abdominale, ce qui fait faire le diagnostic de perforation utérine.

On pratique des injections sous-cutanées de sérum, des applications de glace sur le ventre. Le ventre n'est pas ballonné mais il existe de la contracture des muscles droits.

M. Piqué pratique la laparotomie médiane sous-ombilicale et constate une plaie linéaire de deux travers de doigt occupant la face antérieure de l'utérus sur la ligne médiane,

Hystérectomie subtotale et ablation des annexes.

Curettage et cautérisation de la cavité cervicale.

Suture incomplète de la paroi abdominale.

La malade sort guérie vingt huit jours après l'opération.

OBSERVATION XVII

Hoffmann. (*Atlas manuel médecine légale*, traduction Vibert, 1899).

Avortement par injection, perforation de la voûte du vagin, et du fond de l'utérus.

Une femme de trente sept ans, ayant accouché sept fois, et se trouvant enceinte de deux mois, se rendit chez une sage-femme pour se faire avorter. Celle-ci la fit coucher à terre et lui injecta un liquide incolore en se servant d'une canule en os, longue et étroite, qu'elle enfonça dans les parties génitales si profondément que l'opérée crut sentir l'instrument jusque dans l'estomac et éprouva une vive douleur. La femme rentre péniblement chez elle après avoir vomi en route ; elle prit le lit en arrivant et fit appeler un médecin. Ceci se passait le 23 septembre.

3 octobre. — Elle avoua au médecin les manœuvres abortives et aussi que, dans la nuit du 24 au 25 septembre, elle avait expulsé un caillot qu'elle avait jeté dans les cabinets. La mort survint le 3 octobre.

La sage-femme prétendait simplement avoir injecté de l'eau dans le vagin *pro forma*.

Dans le cul-de-sac postérieur du vagin, se trouve une plaie irrégulière, recouverte d'un exsudat fibrino-purulent communiquant avec la cavité de Douglas et soudée en ce point avec les anses intestinales par un exsudat assez résistant. En outre, il y a dans le fond de l'utérus une ouverture de la grandeur d'un florin avec des bords ramollis et déchiquetés, Cette ouverture donne accès dans la cavité péritonéale. La plaie du vagin résulte incontestablement d'une perforation par la canule. Très vraisemblablement la plaie de l'utérus a la même origine, cependant il n'est pas impossible qu'elle ait été produite ou agrandie par le ramollissement septique de la paroi utérine.

OBSERVATION XVIII

(Poirier. — *In* thèse de Rebreyend. Paris, 1901.)

M^{me} B..., entrée à l'hôpital Tenon le 30 décembre 1899 pour des accidents graves *post abortum*. Les dernières règles remontent au 18 septembre 1899.

Interrogée, elle avoue s'être fait elle-même, le 26 décembre, une injection intra-utérine d'eau de savon avec une canule en caoutchouc durci. Elle ressentit aussitôt des douleurs intolérables « à crier » dans le bas-ventre. Bientôt après survinrent des vomissements verdâtres. L'expulsion de l'œuf eut lieu le 27 décembre, au milieu de douleurs mais sans hémorragie considérable.

28 et 29 décembre. — Les douleurs persistant, le ventre se

ballonne, la fièvre s'allume, il y avait du hoquet, des vomissements fréquents et verdâtres, témoignant de l'existence d'une péritonite généralisée. A son entrée on constate un écoulement utérin séro-purulent et un utérus gros et douloureux. On pratique le curettage suivi d'une abondante irrigation utérine à l'eau bouillie et d'un tamponnement à la gaze aseptique.

Le lendemain et le surlendemain l'état général s'améliore, plus de vomissements, mais la température reste au-dessus de 38 degrés, le pouls est rapide, le facies pâle et grisâtre.

Au toucher le col largement ouvert et mou admet deux doigts.

Dans la partie droite du petit bassin on délimite par le palper combiné une tumeur arrondie renittente, semblant légèrement mobile à la pression. L'utérus est douloureux.

A l'examen au spéculum on voit s'écouler par l'orifice utérin une grande quantité de pus extrêmement fétide ; la sonde de Doléris introduite dans l'utérus pénètre sans l'ombre de résistance à une profondeur telle que M. Poirier porte le diagnostic de rupture utérine. On pratique la laparotomie médiane sous-ombilicale, on trouve une collection suppurée péri-utérine droite. Sur la paroi antérieure, il existe une déchirure irrégulière à bords déchiquetés et sphacelés.

Les lésions lui paraissant limitées M. Poirier pratique à travers la déchirure le drainage de la cavité utérine. La malade sort guérie le 5 mars, deux mois environ après son entrée à l'hôpital.

Clinique des avortements criminels

« J'estime, dit le Dr Boissard, que les deux tiers des avortements, si l'on élimine les avortements des syphilitiques et des albuminuriques, sont des avortements provoqués criminels et j'arrive à cette notion en constatant que depuis qu'ils sont plus fréquents, les avortements se sont modifiés dans leur physionomie et leur marche clinique. » C'est cette symptomatologie clinique que nous essayerons de dégager sans toutefois prétendre en tirer la moindre valeur médico-légale, d'autant que si dans la généralité des cas nous avons observé des accidents graves, dans quelques-uns où des manœuvres criminelles avouées avaient été pratiquées les accidents ont souvent fait défaut ou ont été si légers qu'ils n'ont pas nécessité d'intervention.

En relisant les cas d'intoxication par substances abortives, nous voyons les phénomènes d'intoxication varier avec la nature de la substance employée.

À l'absorption de rue succèdent de la somnolence, de la prostration, de la faiblesse générale. Le pouls est lent, la peau froide, la langue tuméfiée, la salivation abondante.

A l'absorption de sabine succèdent des douleurs stomacales, des nausées, de l'insensibilité complète. La respiration est stertoreuse, la face gonflée, les paupières abaissées, les traits contracturés.

L'ergot de seigle a dans certains cas déterminé des épistaxis, du délire, de la stupeur, du ralentissement du pouls, des douleurs abdominales, des vomissements. Mais ces symptômes sont loin d'être constants, et il est, nous le savons, des cas où ces substances ont pu déterminer l'avortement sans s'accompagner de phénomènes toxiques appréciables.

C'est dans la grande majorité des cas aux manœuvres directes que recourent les femmes qui veulent se procurer l'avortement.

Parfois l'intention criminelle doit être fortement soupçonnée, nous en avons nous-même observé un cas et obtenu dans la suite les aveux de la femme. C'est lorsqu'on se trouve en présence de mutilations fœtales, maternelles ou de l'instrument même du délit.

Les lésions maternelles sont rares et difficiles à constater du vivant de la femme, il est des cas cependant où elles deviennent manifestes et on peut rencontrer une lèvre du col utérin embrochée de part en part, un canal cervico-utérin artificiellement créé, une portion du vagin désinsérée ou des déchirures plus ou moins étendues (obs. V).

Mais ces lésions n'ont pas toujours une valeur absolue. Nous devons nous montrer réservés du moins en ce qui concerne les ruptures utérines, nous sa-

vons, en effet, qu'elles peuvent quoique exceptionnellement exister au cours de la grossesse et même de l'avortement. Lorini dans *L'Arte obstetrica* du 15 avril 1906, cite un cas de rupture spontanée chez une multipare au cours d'un avortement de quatre mois.

Si parfois les lésions maternelles sont insuffisantes à entraîner notre conviction, quelle valeur devons-nous attribuer aux lésions fœtales ? Les ecchymoses ont peu de valeur, elles peuvent résulter de la chute spontanée de l'embryon ou de sa saisie violente pour se délivrer.

La perforation localisée en un point a une valeur bien plus grande qui peut devenir un signe de certitude lorsqu'on se trouve en présence d'une piqûre ou d'une plaie en sêton traversant presque de part en part l'embryon (obs. VII).

Les traces matérielles sont donc rares, insuffisantes et sujettes à contestations, que les lésions portent sur l'organisme maternel ou sur l'organisme fœtal, il n'y a que la constatation du corps même du délit (sonde, aiguille) comme dans le cas de M. Coudert (obs. IV) qui puisse nous donner une certitude.

Cette constatation étant exceptionnelle il nous faut rechercher d'autres signes pour établir notre diagnostic.

En relisant les diverses observations d'avortements criminels que nous avons pu recueillir soit dans la littérature médicale soit dans notre pratique hospitalière, nous nous rendons compte de la difficulté

que nous éprouvons à en tracer un tableau clinique.

Il est incontestable, cependant, que l'intervention criminelle modifie dans une certaine mesure la symptomatologie clinique de l'avortement et donne lieu « à un ensemble d'accidents qui transforment sa physionomie habituelle et le différencient de l'avortement spontané ».

Sans parler d'un accident heureusement rare, la mort subite, due à une syncope, à un réflexe inhibitoire, ou de celle qui succède à une abondante hémorragie par décollement placentaire ou ouverture d'un sinus utérin, nous insisterons davantage sur la marche spéciale de ces accidents tels qu'ils se présentent dans nos services hospitaliers.

Or que nous apprend l'observation de ces cas ?

Tantôt nous voyons des femmes qui, après un retard de règles de quelques semaines, prises d'hémorragies légères mais tenaces, perdent chaque jour une petite quantité de sang mélangé d'eau et de caillots. Peu inquiétantes par leur abondance, ces hémorragies le deviennent par leur durée, d'autant que les divers médicaments administrés en pareil cas sont impuissants à les arrêter. La femme perd ainsi pendant des semaines, s'anémie de plus en plus sans que la fausse couche se fasse. Au toucher on trouve un utérus gros, un peu dur et contracté, un col généralement fermé. L'anémie devient de plus en plus inquiétante si le curettage ne vient pas mettre un terme à ces accidents.

Tantôt l'hémorragie est brusque et profuse, la

malade enceinte de un à deux mois est amenée à l'hôpital exsangue, le visage pâle, les yeux excavés, le pouls petit et fuyant, les extrémités refroidies. La vie de la femme est menacée si on ne pratique d'abondantes injections de sérum et l'extraction rapide du produit de conception.

L'abondance et la brusquerie de l'hémorragie survenant à une époque aussi peu avancée de la grossesse est un élément de présomption en faveur de l'avortement criminellement provoqué. Il est exceptionnel, en effet, dans un avortement spontané de rencontrer des pertes de sang aussi abondantes dans les deux à trois premiers mois de la grossesse.

Il semble qu'il y ait une contradiction entre ces deux variétés d'hémorragies, les unes modérées et continues, les autres abondantes et brusques ; cette contradiction, dit le Dr Boissard, est plus apparente que réelle. « Dans le premier cas il s'agit vraisemblablement d'une tentative timide ayant amené un décollement partiel de l'œuf, dans le second, au contraire, il y a eu effraction violente et un sinus utérin a été ouvert. » On peut dans ce cas retrouver fixé dans le tissu utérin le corps même du délit.

Il est un fait de constatation courante, c'est la fréquence des rétentions placentaires au cours de l'avortement. Les caractères mêmes de cette rétention nous fournissent souvent un précieux élément de diagnostic clinique.

Dans l'avortement spontané, si l'expulsion de l'œuf

a lieu pendant les premières semaines, la rétention des débris ovulaires ne peut avoir lieu, les adhérences entre la muqueuse utérine et l'œuf étant trop faibles, c'est pourquoi nous voyons l'expulsion de l'œuf se faire en un temps.

Dans l'avortement criminel au contraire, surtout lorsqu'il y a eu ponction des membranes, le placenta fixé à la paroi utérine continue à vivre et nous assistons à des phénomènes de rétention prolongée pouvant ou non s'accompagner d'infection.

Contrairement à l'idée émise par Gallard, l'expulsion d'un œuf ouvert dans les trois premiers mois de la grossesse ne signifie pas toujours que l'avortement ait été provoqué. Il convient à ce sujet de faire, avec la Société de Médecine légale, quelques réserves. Dans les six premières semaines l'avortement peut encore se faire en bloc mais il n'est pas rare qu'il se produise en deux temps. A partir de trois mois la rupture est de règle et l'avortement spontané se fait presque toujours en deux temps.

Cette expulsion en deux temps d'un œuf de moins de deux à trois mois exceptionnelle dans l'avortement spontané, est au contraire fréquente lorsque des manœuvres abortives ont été pratiquées, sans que l'on soit autorisé à y voir un signe de certitude.

Pouvons-nous tirer un élément de diagnostic du caractère même des douleurs de l'avortement ? Nous ne le croyons pas. Il est à remarquer cependant que dans l'avortement criminellement provoqué les douleurs paraissent plus violentes et plus conti-

nues, persistant parfois après l'expulsion, et laissant souvent une sorte de tension douloureuse au niveau de l'utérus.

Plus importants nous paraissent les caractères tirés de l'intensité et de la rapidité des phénomènes infectieux.

Ici, en effet, nous retrouvons le tableau clinique de l'infection puerpérale depuis ses formes les plus légères jusqu'aux formes les plus graves se traduisant par de la péritonite septique. Le facies est pâle, les yeux excavés, le nez pincé, le pouls petit et rapide, la langue sèche, la température élevée, il existe des douleurs abdominales et des vomissements, mais, ce qui domine si l'on parcourt les diverses observations d'infection consécutives à des tentatives criminelles, c'est l'intensité et la rapidité des phénomènes infectieux.

C'est souvent à une époque très rapprochée des manœuvres abortives que la femme est prise de ces accidents d'infection aussi brusquement redoutables (dix heures dans une de nos observations).

Les phénomènes généraux sont souvent seuls à exister et les accidents évoluent avec une rapidité foudroyante. L'hyperthermie est excessive, le pouls à 140, il existe des frissons et un état général inquiétant. On ne peut dans ces cas que rarement compter sur les aveux de la femme, celle-ci au contraire cherchant à fournir des renseignements inexacts.

On cherche la cause d'accidents aussi rapides et l'on est hésitant entre une granulie, une fièvre ty-

phoïde ou une septicémie d'origine inconnue, si l'interrogatoire de la femme ne nous conduit pas à la possibilité d'une grossesse.

L'examen local des organes génitaux ne fournit, en effet, dans ces cas que des renseignements imprécis. L'utérus est sans doute un peu gros, mais l'orifice du col est généralement fermé, il n'y a pas d'écoulement fétide, pas de péritonite, le ventre peut être parfaitement souple et non douloureux.

Il s'est produit « un cathétérisme utérin ultra-septique qui n'a pas laissé d'autre trace de son passage qu'une infection hypertoxique, quelque chose d'analogue à ce qui se passait il y a vingt ans lorsqu'on produisait une fièvre urinaire après un cathétérisme d'un urètre rétréci qu'on essayait de franchir ». (Boissard.)

En définitive, il semble que l'avortement criminel surtout dans les trois premiers mois présente une sorte de symptomatologie spéciale qui le distingue de l'avortement spontané par des caractères particuliers tirés :

De la durée et de la persistance de l'écoulement sanguin ;

Des hémorragies brusques et profuses ;

De la rétention placentaire (l'avortement se faisant en deux temps pour des œufs moins de trois mois) ;

Enfin de l'intensité et de la précocité des phénomènes infectieux.

En essayant de tracer la symptomatologie clinique de l'avortement criminel, nous ne prétendons

pas le distinguer avec une absolue certitude de l'avortement spontané, d'autant plus que, dans bien des cas, où nous avons obtenu l'aveu des manœuvres abortives, nous nous sommes trouvé en présence de manifestations pathologiques souvent insignifiantes et ne révélant en rien la nature criminelle de l'intervention.

Cependant le pronostic reste sérieux et dans une statistique du D^r Blondel portant sur 100 cas, on peut noter 30 fois des accidents graves, 6 fois des hémorragies sérieuses, 19 fois après la disparition des accidents, des signes d'inflammation persistants après nettoyage de la cavité utérine, 5 fois des phlegmons, enfin 3 fois de la salpingo-ovarite chronique.

Certainement dans un grand nombre de cas le pronostic eût été plus sombre sans l'action efficace d'une thérapeutique immédiate et appropriée.

TRAITEMENT

« En présence d'un avortement dont l'origine est due à des manœuvres abortives ou simplement suspectes et alors même qu'il n'existe aucune complication, il faut procéder à l'évacuation précoce de l'utérus. » (Maygrier.)

La règle de conduite est donc ici nettement tracée, qu'il s'agisse d'hémorragies persistantes ou profuses, de rétention placentaire ou d'accidents suraigus d'infection, que le col soit entr'ouvert ou fermé, il faut après dilatation extraire le placenta et terminer aseptiquement ce qu'a fait septiquement et incomplètement une main criminelle.

Il ne faut d'ailleurs pas se dissimuler les dangers auxquels s'exposent les femmes qui ont recours à des manœuvres abortives. Le pronostic est d'autant plus sombre que le traitement des accidents est institué plus tardivement. Le succès de l'intervention dépendra donc de sa précocité. Nous n'attendrons pas ici, en effet, le début des phénomènes infectieux, l'élévation de la température et la fréquence du pouls, cas dans lesquels nous précipiterons notre intervention avec l'espoir de conjurer parfois des

phénomènes généraux d'une extrême gravité ; mais nous interviendrons surtout avant tout début d'infection et en l'absence de tout symptôme alarmant lorsque nous soupçonnerons ou que nous aurons recueilli l'aveu des manœuvres criminelles.

Quelle doit être la nature de notre intervention ?

Elle peut se réduire à ces deux indications :

1° Débarrasser l'utérus de son contenu ;

2° Pratiquer la désinfection de la cavité utérine.

Après un avortement criminel, particulièrement dans les premiers mois, il n'est pas rare de trouver un col complètement fermé ou si peu entr'ouvert qu'il permet difficilement l'introduction du doigt ou d'un instrument.

Il faut donc dilater le col. Parmi les nombreux procédés employés nous n'en retiendrons ici que deux : l'emploi des tiges de laminaires et celui des bougies de Hégar.

A l'action lente et souvent insuffisante des premières nous ajouterons l'action plus sûre et plus rapide des secondes.

Après introduction d'une tige de laminaire que nous laisserons cinq à six heures environ nous compléterons la dilatation à l'aide des bougies de Hégar. Mais nous agirons ici avec une extrême douceur afin de ne pas produire de lésions utérines. Nous examinerons avec soin s'il n'existe pas de lésions antérieures, que notre intervention pourrait rendre plus manifestes et pour lesquelles, sans cette précau-

tion, nous pourrions dans la suite être inquiété ou poursuivi.

Nous commencerons à introduire dans la cavité utérine des bougies de petit calibre, après les avoir enduites au préalable de vaseline stérilisée, en augmentant progressivement leur calibre jusqu'à l'obtention d'une dilatation suffisante pour permettre l'introduction du doigt ou de la curette.

Nous aurons recours pour débarrasser l'utérus des débris ovulaires ou placentaires à deux moyens que nous emploierons isolément ou combinés suivant les circonstances : le curage digital et le curettage.

Certains auteurs et en particulier Budin et Pozzi donnent la préférence au curage digital, l'introduction du doigt permettant d'atteindre et d'extraire les débris placentaires.

Le doigt, en effet, plus sensible, paraît préférable à la curette qui est non seulement « aveugle » mais susceptible de laisser dans l'utérus des débris placentaires.

Le curettage constitue parfois une opération délicate, pas toujours complètement efficace, pouvant même devenir dangereuse et exposer à des perforations utérines. Nous lui préférons dans la grande majorité des cas le curage digital.

Après dilatation nous pratiquerons le curage digital. S'il existe des adhérences du tissu placentaire avec la paroi utérine que l'ongle ne parvienne pas à détacher, nous aurons recours à la curette.

Mais, lorsque l'avortement est fait dans les premiers mois, le développement de l'utérus n'est pas suffisant pour supporter une dilatation de nature à permettre l'introduction de deux ou plusieurs doigts à travers l'orifice du col, force nous est donc dans ce cas d'avoir recours au curettage.

Chaque fois qu'il nous sera possible, nous pratiquerons le curage digital. Grâce aux doigts introduits dans la cavité utérine et à la main abdominale nous pourrions apprécier l'épaisseur du muscle, sa consistance, noter ses moindres irrégularités et ne pas courir ainsi de risques de perforation.

Technique du curage digital

La femme au préalable anesthésiée pour permettre le relâchement complet des muscles abdominaux et mise en position obstétricale, on pratique l'antisepsie de la région. Après dilatation aux bougies de Hégar, l'opérateur déprime de la main gauche la paroi abdominale abaissant ainsi l'utérus et le fixant solidement dans cette situation pendant qu'il essaye d'introduire en partie ou en totalité sa main droite.

Généralement l'introduction d'un ou deux doigts est suffisante. L'index explore méthodiquement la cavité utérine, il pétrit pour ainsi dire entre la pulpe du doigt et la partie utérine les débris ovulaires ou placentaires, les reiore par morceaux, s'aidant parfois

pour les extraire de l'expression abdomino-vaginale conseillée par Budin.

S'il reste encore quelques débris que le doigt est impuissant à ramener on peut avoir recours à la curette mais souvent l'écouvillonnage est suffisant pour compléter le curage digital.

Ecouvillonnage

L'écouvillonnage, grâce à sa simplicité et au peu de risques qu'il comporte, est indiqué pour entraîner les débris membraneux ou placentaires qui ont pu échapper à l'action du doigt. On utilise généralement l'écouvillon de Doleris auquel on imprime une légère courbure pour faciliter son introduction.

La lèvre antérieure du col étant saisie à l'aide de la pince à griffe de Museux et attirée à la vulve on introduit lentement l'écouvillon en lui imprimant d'abord un mouvement de vrille qui facilite son introduction puis des mouvements de haut en bas et de bas en haut pour nettoyer complètement la cavité utérine. On renouvelle deux ou trois fois les mêmes manœuvres jusqu'à ce que la muqueuse utérine soit complètement lisse, en terminant par l'introduction successive de deux ou trois écouvillons trempés dans la glycérine au tiers.

Une mèche de gaze stérilisée sera introduite dans la cavité utérine surtout si l'écouvillonnage a déterminé une hémorragie, mais dans ce cas il faut bien

avoir soin de pratiquer le détamponnement au bout de dix à douze heures.

Si le curage digital suivi d'écouvillonnage constitue l'intervention de choix, il est des cas où il devient difficile en raison du peu de développement de l'utérus qui se prête difficilement à la dilatation et ne permet pas sans risque de rupture l'introduction de plusieurs doigts.

C'est précisément le cas de certains avortements criminels des premières semaines.

L'hypertrophie de l'utérus n'est pas encore assez complète, l'orifice du col est souvent fermé et la dilatation que nous pourrions espérer obtenir permettra tout au plus l'introduction de la curette. En présence d'une telle éventualité nous aurons recours au curettage instrumental.

Technique du curettage instrumental

Après avoir déprimé la fourchette et le périnée à l'aide d'une valve automatique, on saisit la lèvre antérieure du col avec une pince de Museux en l'attirant à la vulve. On s'assure d'abord à l'aide de l'hystéromètre des dimensions de la cavité utérine, puis on introduit lentement la curette jusqu'au fond de l'utérus en raclant méthodiquement le fond, les parois antérieures, latérales et postérieures en insistant particulièrement au niveau des cornes utérines. Il convient d'agir avec prudence pour éviter les per-

forations mais sans hésitation pour ne pas s'exposer à laisser des débris ovulaires ou placentaires.

Le curettage terminé on pratiquera une injection intra-utérine à l'eau oxygénée et l'on s'assurera à l'aide de l'écouvillon que l'on n'a rien laissé dans la cavité utérine, on terminera par un tamponnement à la gaze iodoformée que l'on renouvellera toutes les vingt-quatre heures pendant trois à quatre jours.

En définitive, chaque fois que nous le pourrons sans trop de difficulté nous pratiquerons le curage digital, opération plus sûre, moins délicate et souvent plus efficace que le curettage instrumental. Si nous nous trouvons dans l'obligation de recourir à ce dernier nous opérerons, avec prudence sans doute, mais il ne faut pas non plus qu'un excès de prudence, en nous rendant craintifs, nous empêche de tirer du curettage instrumental tout le bénéfice que nous devons en attendre.

Le curettage aura sur l'hémorragie un effet hémostatique presque immédiat, la perte de sang diminuant à mesure que la cavité utérine sera débarrassée de son contenu.

Le curettage arrêtera également les phénomènes infectieux, mais il faut se rappeler que le pronostic en cas d'infection est souvent plus sombre lorsque cette infection résulte de manœuvres abortives.

Patru, chirurgien à la maternité de Genève, sur 12 cas de mort consécutifs au curettage pour infection, relève 6 cas où des manœuvres abortives avaient été pratiquées. Au moment de l'intervention 4 de ces

malades avaient de la péritonite et 2 de la septicémie sans localisation.

Lorsque malgré le curettage la fièvre est intense, le pouls petit et rapide, les yeux excavés, la respiration anxieuse et superficielle, le teint terreux, la langue sèche, le ventre météorisé, lorsqu'on note de la diarrhée, de l'oligurie, du délire, de la prostration, on pourra intervenir par l'hystérectomie, qui ne possède cependant pas d'indication clinique précise. Car, lorsque nous intervenons, dit le professeur Pinard, nous obéissons à une invitation opératoire, non à une indication. Je me sens absolument incapable, ajoute-t-il, de reconnaître de par l'ensemble des accidents une indication à l'hystérectomie.

Cependant, lorsque par l'ensemble des signes cliniques et par l'aveu de la malade nous aurons lieu de soupçonner une perforation utérine, nous interviendrons. Si les lésions sont limitées (comme dans l'observation du professeur Poirier), le drainage pourra suffire, mais le plus souvent l'hystérectomie totale ou subtotale parviendra seule à enrayer les accidents.

A côté de ces notions thérapeutiques qui s'adressent aux effets du mal, il convient de traiter la cause même de ce mal par la prophylaxie.

A la répression et aux châtiments que de tout temps la société a institués contre un tel crime il faut ajouter les moyens humanitaires et sociaux.

Si parfois l'avortement est dans la classe aisée le moyen de cacher une faute, le plus souvent c'est

en apportant à la femme enceinte comme à la fille-mère un appui moral et un secours à sa misère que l'on protégera bien des existences.

Il faut cesser de considérer la fille-mère comme une épave rejetée de la société, mais l'accueillir dans les derniers mois de sa grossesse, lui permettre d'élever son enfant.

Il faut de plus que le médecin fasse entrevoir à la femme enceinte le danger des manœuvres abortives, « qu'il lui montre que si elle a commis une faute, elle n'est pas irréparable, la fille-mère se relève aux yeux de la société quand elle entoure son enfant de soins pieux, qu'elle l'élève convenablement pour en faire un être utile à la collectivité. Il faut qu'on fasse entrevoir aux déshéritées qu'il existe une aide maternelle et un appui moral pour les mères et les filles-mères ». (Pichevin.)

Peut-être un jour verrons-nous nos lois, impuissantes contre les injustices de notre organisation sociale, accepter la recherche de la paternité car, « tant qu'il y aura de par le monde des bâtards et des affamés, le drapeau de Malthus, le drapeau taché de sang des infanticides avant la lettre, flottera sur ce troupeau d'amazones rebelles qui, forcées de par nos lois de conserver leurs seins arides, ont droit de garder leurs flancs inféconds ». (Séverine.)

CONCLUSIONS

I. — Le nombre des avortements a, si l'on consulte les différentes statistiques, pris dans ces dernières années des proportions inquiétantes.

Or, si l'on peut dans certains cas trouver la cause de ces avortements dans les antécédents ou dans l'état de santé de la mère, ces recherches restent souvent infructueuses.

C'est précisément dans ces cas que l'on trouve une forte proportion d'avortements criminels confirmés par les aveux de la femme.

II. — C'est généralement avant le quatrième mois qu'est produit l'avortement criminel.

Il est rarement dû à l'absorption de substances abortives ou réputées telles, mais le plus souvent à des manœuvres mécaniques : Ponction ou décollement des membranes.

III. — Quelques observations empruntées à la littérature médico-légale nous montrent les symptômes d'intoxication déterminés par l'absorption de certaines substances les plus communément employées pour provoquer l'avortement.

L'avortement criminel présente incontestable-

ment, dans bien des cas, une symptomatologie clinique qui le différencie de l'avortement spontané.

On peut noter :

a) Tantôt un écoulement sanguin, léger et persistant, plus inquiétant par sa durée que par son abondance, anémiant la femme si l'on n'intervient pas pour enrayer les accidents.

b) Tantôt, au contraire des hémorragies abondantes et profuses qui, survenant à une époque peu avancée de la grossesse, sont un élément de présomption en faveur d'un avortement criminellement provoqué.

L'avortement spontané des deux premiers mois se fait généralement en un seul temps, l'avortement criminel au contraire, surtout lorsqu'il y a eu ponction des membranes, se fait le plus souvent en deux temps et s'accompagne de phénomènes de rétention plus ou moins prolongée.

Un dernier caractère en faveur de l'avortement criminel est tiré de l'intensité et de la rapidité des phénomènes infectieux.

C'est souvent à une époque très rapprochée des tentatives abortives qu'éclatent des accidents d'autant plus redoutables que souvent le diagnostic s'égare, si l'interrogatoire ne fournit pas la possibilité d'une grossesse, la femme cherchant à fournir des renseignements inexacts.

En résumé, c'est sur la *persistance* de l'écoulement sanguin, sur l'*abondance* de l'hémorragie survenant presque au début d'une grossesse, sur l'*expulsion*

en deux temps d'un œuf de moins de deux mois, sur la rétention placentaire prolongée, enfin sur *la rapidité* et *l'intensité* des phénomènes infectieux que nous pourrons dans les cas douteux établir notre diagnostic.

IV. — L'intérêt de ces notions réside entièrement dans la conduite à tenir, la thérapeutique à appliquer. Qu'il s'agisse d'hémorragies abondantes ou profuses, de rétention placentaire ou d'accidents suraigus d'infection, il faut désinfecter la cavité utérine et terminer « aseptiquement » ce qu'a fait septiquement et incomplètement une main criminelle.

Lorsque nous en aurons la possibilité nous aurons recours au curage digital ; dans le cas contraire, si l'interruption de la grossesse a lieu dans les premiers mois, l'utérus n'étant pas encore assez développé pour permettre l'introduction d'un ou plusieurs doigts nous pratiquerons le curettage.

En présence d'accidents graves ne cédant pas au curettage et devant la possibilité d'une perforation utérine, on aura recours à l'hystérectomie.

Si le rôle du médecin est de guérir le mal, il a aussi le devoir de le prévenir en s'attaquant à sa cause par la prophylaxie.

Or, en matière d'avortement criminel, prophylaxie ne signifie pas toujours châtiment. C'est en protégeant la femme enceinte et la fille-mère, en leur fournissant un appui moral, parfois un secours dans leur misère, que l'on parviendra à sauver de frêles existences, accomplissant à la fois œuvre d'humanité et de justice.

BIBLIOGRAPHIE

- Boissard.* — Revue générale de clinique et de thérapeutique, 1908.
- Brindeau.* — Cas curieux d'avortement criminel. Presse médicale, 1899.
- Absès utérin abortif. Obstétrique, mai 1901.
- Brion.* — Etude critique sur 530 cas d'avortement. Thèse de Paris, 1892-1893.
- Blondel.* — Statistique de 100 cas d'avortement criminel. Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris, 1902.
- Brouardet.* — Avortement, 1901.
- Budin.* — Deux cas d'avortement suivis d'accidents. Journal des sages-femmes, 1903.
- Chavanne.* — Curage digital et curettage. Annales de la Société d'Obstétrique de France, 1902.
- Demelin.* — Revue générale de clinique et de thérapeutique, 1905.
- Doléris.* — Annales de gynécologie, 1905.
- Duchêne.* — Thèse de Paris, 1905-1906.
- Escande.* — Thèse de Paris, 1902-1903.
- Emanaud.* — Thèse de Paris, 1904-1905.
- Lucas.* — Etude sur le traitement de la délivrance dans l'avortement incomplet. Thèse de Paris, 1895-1896.
- Maygrier.* — L'obstétrique, 1902.

- Revue de gynécologie et d'obstétrique, juillet 1897.
Morlet — Perforation *post-partum* et *post-abortum*. Thèse de Paris, 1904-1905.
Mouchotte. — Hystérectomie dans l'infection puerpérale post-abortive. Thèse de Paris, 1902-1903.
Patru. — Revue médicale de la Suisse romande, janvier 1896.
Tardieu. — Etude médico-légale sur l'avortement.
Toulouse. — Conflits intersexuels et sociaux, 1904.
Pichevin. — De l'avortement criminel. Semaine gynécologique, 8 avril 1903.
Vibert. — Mort par syncope pendant des manœuvres abortives. Société de Médecine légale, 7 juillet 1890.
— Traité de médecine légale.
-

Vu : Le Président de la thèse

BAR

Vu : le Doyen

LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

. LIAR